

## 14 Soluzioni aziendali e competenze emergenti per la gestione del rischio e della sicurezza

di Manuela Brusoni, Elisabetta Trincherò<sup>1</sup>

### 14.1 Introduzione e obiettivi della ricerca

Il capitolo si colloca nel filone di ricerca «*safety management* nelle aziende sanitarie» e trova le premesse nel rapporto OASI 2006 (Brusoni et al 2006), che ha mappato le prime esperienze a livello regionale ed aziendale per la gestione del rischio e della sicurezza, e nella ricerca finanziata dalla SDA Bocconi nel 2007, che ha valutato l'impatto della «*safety culture*» sul profilo di rischio di un'azienda sanitaria (Brusoni et al 2007).

Tale mappatura aveva evidenziato come i sistemi e le strutture per la gestione della sicurezza e del rischio vengano declinati in Italia in vario modo, sia a livello regionale<sup>2</sup>, sia a livello aziendale. Ciò che emerge con evidenza è un forte legame tra la cultura della qualità e della sicurezza diffusa tra i professionisti (medici e comparto) e (i) le scelte della *leadership* aziendale in termini di riorientamento strategico e di sviluppo di specifiche leve gestionali (quali ad esempio la formazione), (ii) il *people management*, correlato a percorsi di sviluppo coerenti con la diffusione di una nuova cultura, oltre che motivato dalla competenza tecnica, (iii) il *patient empowerment*, attivabile solo in un contesto di apertura intellettuale ed organizzativa, ed (iv) alcune *performance* aziendali, con particolare riferimento ad alcune dimensioni di outcome. La questione che resta inesplorata è l'evoluzione delle effettive responsabilità e capacità di azione delle varie soluzioni aziendali adottate per la gestione del rischio e della sicurezza, dimensione strettamente collegata all'analisi delle concrete competenze e conoscenze a disposizione. Infatti, se l'introduzione di una unità specializzata su una certa area problematica implica un approccio nuovo o modalità e strumenti innovativi rispetto a quelli consolidati

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia il frutto di un comune lavoro di ricerca, i par. 14.5 e 14.6 sono da attribuire a Manuela Brusoni, i restanti paragrafi sono da attribuire a Elisabetta Trincherò.

<sup>2</sup> In alcune regioni italiane essi sono stati prevalentemente correlati ai sistemi di valutazione e certificazione della qualità aziendale promossi e verificati dal livello regionale (Brusoni e Deriu 2005).

e prefigura una «funzione nuova» che viene a definirsi in una progressiva specificazione di compiti assegnati, meccanismi presidiati e logiche di intervento utilizzate (Del Vecchio 2002, Del Vecchio e Cosmi 2003), occorre interrogarsi su quali siano le capacità e competenze coerenti con essa. Passo successivo nella conoscenza del fenomeno è dunque quello di mappare la nascita e l'evoluzione della funzione di «*safety management*» in ambito sanitario, attraverso l'analisi delle modalità e delle professionalità attraverso cui questa funzione innovativa si sta sviluppando ed è attualmente presidiata nelle aziende sanitarie dei vari SSR.

Dato il quadro appena delineato, obiettivo della ricerca è una prima analisi di esperienze aziendali innovative per la gestione del rischio e della sicurezza, al fine di individuare trend emergenti in termini sia di modelli organizzativi sia di competenze. Si è voluto infatti indagare come alcune aziende sanitarie «significative», in quanto localizzate in contesti regionali fortemente attivi riguardo alla tematica, abbiano sviluppato le competenze necessarie a svolgere tale funzione e verificare se tali dinamiche possano nell'immediato futuro dare luogo alla nascita di una «nuova» professione, caratterizzata da peculiarità distintive che possono innestarsi sulle competenze professionali di base (quale ad esempio quelle del medico igienista, del medico legale, del medico competente, dell'infermiere, dell'ingegnere clinico). In particolare, partendo (i) dalle riflessioni condotte sui contenuti emergenti della funzione di gestione dei rischi e delle responsabilità correlate e (ii) dall'analisi delle competenze ad oggi presenti ed eventualmente dominanti nei team aziendali di gestione del rischio e della sicurezza, è possibile identificare possibili contenuti e percorsi formativi ad hoc per acquisire o rafforzare le competenze individuate come necessarie. A tal fine si propone di osservare se e in che modo sia rilevabile (i) una domanda di formazione specifica più o meno definita ed esplicita per rendere più solide le *job description* e (ii) una offerta di formazione (sia a livello nazionale, sia a livello internazionale) mirata e collegata al contenuto delle responsabilità attualmente assegnate alla funzione all'interno delle aziende sanitarie. Ciò è particolarmente rilevante anche rispetto a quanto previsto dal Dlgs 81/2008 in attuazione dell'art. 1 della L.123/2007 (Testo Unico sulla Sicurezza sul lavoro), in vigore dal 15 maggio 2008, che riordina la normativa in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e prevede: l'estensione della tutela a tutti i lavoratori (comprese le forme di lavoro flessibile e autonomo), un ruolo centrale per la formazione, la razionalizzazione e il coordinamento dell'intervento ispettivo da parte degli enti deputati.

## 14.2 Metodologia di indagine

Per quanto riguarda la definizione del bacino di indagine si è ritenuto particolarmente rilevante che fossero adeguatamente rappresentati quei contesti regionali che hanno dimostrato una forte attenzione al tema della gestione del rischio e del-

la sicurezza (cfr. Brusoni et al 2006). Ci riferiamo in particolare alle seguenti regioni e province autonome italiane: Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana, Trento, Veneto. Inoltre si è voluto focalizzare l'analisi sulla gestione del rischio e della sicurezza in ambito esclusivamente ospedaliero poiché ivi si concentrano i principali errori a danno dei pazienti. Pertanto si è deciso di condurre l'analisi sulle Aziende Ospedaliere delle regioni sopra elencate e sul presidio ospedaliero della Provincia Autonoma di Trento (cfr. Allegato 1).

Per pervenire ad una ricognizione dello stato dell'arte sulla gestione del rischio e della sicurezza a livello di ciascuna realtà aziendale indagata, la raccolta delle informazioni è stata condotta in due momenti distinti: (i) attraverso un'intervista alla figura aziendale ritenuta chiave sulla dimensione oggetto di indagine, e cioè al direttore sanitario aziendale; e (ii) attraverso un'intervista alla figura, segnalata dal direttore sanitario, che avesse la visione d'insieme sulle diverse aree di rischio presidiate e potesse dunque essere individuata come referente aziendale della gestione del rischio e della sicurezza. In entrambe le interviste si è garantita la riservatezza dei dati personali e la non identificabilità dell'azienda.

Nell'intervista al direttore sanitario aziendale, l'obiettivo conoscitivo perseguito era il seguente:

- ▶ Analisi delle priorità e delle policy regionali e aziendali per la gestione del rischio e della sicurezza;
- ▶ Individuazione del focus della gestione del rischio e della sicurezza tra le diverse aree di rischio presidiate a livello aziendale<sup>3</sup>;
- ▶ Analisi delle strutture organizzative, dei ruoli e delle professionalità dedicate o utilizzate per la gestione del rischio e della sicurezza a livello aziendale;
- ▶ Individuazione della rilevanza del collegamento con i sistemi di accreditamento adottati a livello regionale o eventualmente con i sistemi di accreditamento all'eccellenza autonomamente introdotti a livello aziendale.

<sup>3</sup> Per l'individuazione delle aree di rischio da presidiare in ambito sanitario, in assenza di una letteratura specifica a supporto, si è partiti dal framework fornito dagli standard del modello di accreditamento proposto da Joint Commission International (cfr. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Third Edition 2007) e dal framework fornito dalle linee guida australiane «Guidelines for managing risk in healthcare sector HB 228: 2001». Sono state dunque declinate le seguenti aree di rischio presidiate da parte delle aziende sanitarie: area «rischio economico finanziario» (relativo al controllo della spesa e a operazioni di project finance); area «rischio clinico» (relativo alla sicurezza dei pazienti durante l'assistenza sanitaria); l'area di «rischio infezioni ospedaliere»; l'area «materiali pericolosi» (intesa come movimentazione, stoccaggio, utilizzo e controllo di materiali radioattivi e altri materiali pericolosi nonché smaltimento in condizioni di sicurezza); area «apparecchiature elettromedicali» (selezione, mantenimento in efficienza e modalità di utilizzo); area «controllo sicurezza strutturale e degli impianti fissi» (intesa come controllo dell'edificio, delle aree adiacenti la struttura, delle attrezzature e impianti perché questi non rappresentino rischi o pericoli per pazienti, operatori o visitatori); l'area «protezione antincendio» (che verifica se immobili e occupanti sono protetti da fumo e fiamme); l'area «vigilanza» (intesa come tutela contro danni, distruzione, manomissione e accesso o uso non autorizzati).

Nell'intervista al referente aziendale per la gestione del rischio e della sicurezza l'obiettivo conoscitivo perseguito era il seguente:

- ▶ Le reali possibilità e modalità di intervento a livello aziendale. Ciò è avvenuto attraverso l'analisi della *job description* e delle responsabilità correlate; dei processi rilevanti in cui interviene; delle azioni in atto e/o dei risultati conseguiti; degli strumenti costruiti ed implementati ad hoc; delle risorse a disposizione – sia interne all'azienda (risorse umane dedicate a tempo pieno, risorse umane dedicate a tempo parziale, rete di referenti interni), sia esterne (broker o consulenti);
- ▶ Le competenze e conoscenze specifiche del team che si occupa di gestione del rischio e della sicurezza e le azioni in atto per lo sviluppo di tali competenze.

Attraverso l'invio via e-mail di un questionario (cfr. Allegato 2) preceduto e seguito da un contatto telefonico, sono giunte in tutto 13 risposte dai Direttori Sanitari delle 54 aziende oggetto d'indagine (1 in Emilia Romagna, 2 in Friuli Venezia Giulia, 1 in Liguria, 5 in Lombardia, 2 in Piemonte, 1 in Toscana, 1 in Veneto). Alle persone da loro indicate quale referenti aziendali per le varie aree di rischio presidiate all'interno della struttura ospedaliera è stato inviato un secondo questionario (cfr. Allegato 3) via e-mail seguito da un contatto telefonico: sono giunti in tutto 11 questionari compilati dai referenti aziendali per la gestione del rischio e della sicurezza (non sono infatti pervenute le risposte del referente della sicurezza e del rischio di una delle aziende friulane e di quella toscana). In Tabella 14.1 è indicata la localizzazione geografica delle Aziende Ospedaliere rispondenti, che hanno generalmente dimensioni medio-grandi (con un numero di posti letto compreso tra 900 e 1500 e un numero di dipendenti compreso tra 2400 e 4500), ad eccezione di una azienda di piccole dimensioni (200 posti letto e 650 dipendenti) e ad una azienda di grandi dimensioni (1700 posti letto e 5200 dipendenti).

Tabella 14.1 **Localizzazione geografica delle aziende rispondenti**

Azienda	Regione	Azienda	Regione
A	Emilia Romagna	H	Lombardia
B	Friuli Venezia Giulia	I	Lombardia
C	Friuli Venezia Giulia	L	Piemonte
D	Liguria	M	Piemonte
E	Lombardia	N	Toscana
F	Lombardia	O	Veneto
G	Lombardia		

Per quanto riguarda invece *l'analisi dell'offerta formativa* ad oggi disponibile sia a livello nazionale, sia a livello internazionale a supporto dell'acquisizione e sviluppo di conoscenze e capacità specifiche e distintive per gestire efficacemente la funzione di gestione del rischio e della sicurezza, la metodologia d'indagine e i primi risultati sono presentati nel par. 14.5.

### **14.3 Soluzioni aziendali emergenti della funzione di gestione del rischio e della sicurezza**

Dalla prima fase d'indagine, che ha raccolto le posizioni delle Direzioni Sanitarie aziendali, emerge come nella totalità della aziende indagate la gestione del rischio e della sicurezza sia inserita tra gli obiettivi della direzione generale e sia una priorità all'interno del piano strategico aziendale. Di tutte le aree di rischio individuate, l'area del rischio clinico è considerata prioritaria per lo sviluppo delle strategie aziendali di 10 aziende su 13 (Lombardia G, Piemonte L e Piemonte N non hanno risposto a questa domanda), in un caso insieme all'area economico finanziario (azienda emiliana), in un caso (Lombardia I) insieme a tutte le altre aree di rischio.

Per quanto riguarda l'eventuale adesione a programmi di accreditamento all'eccellenza, 9 delle 13 aziende indagate hanno affermato di parteciparvi da alcuni anni. In realtà solo due aziende hanno effettivamente ottenuto l'accreditamento all'eccellenza (con JCI). In tutte le realtà intervistate emerge, inoltre, come la partecipazione ai sistemi di accreditamento istituzionale sia di fatto risultata sinergica alla gestione del rischio e sicurezza.

Per quanto riguarda la scelta di avvalersi del supporto di un broker assicurativo o di un consulente esterno per le scelte di gestione del rischio e della sicurezza, 5 aziende su 13 si sono mosse in tal senso. Tale decisione non sembra correlata ad un orientamento regionale né al modello di accreditamento istituzionale o di eccellenza adottato, ad esclusione delle aziende piemontesi e friulane, per le quali il fatto di non essere ricorse all'ausilio di un broker può essere correlato alla decisione regionale di gestire la copertura assicurativa a livello centrale e sovra aziendale (cfr. Brusoni et al 2006).

Entrando nello specifico delle aree di rischio presidiate a livello aziendale<sup>4</sup>, tutte le aziende affermano di governare le seguenti:

- ▶ l'area «rischio clinico» (relativo alla sicurezza dei pazienti durante l'assistenza sanitaria), attribuita in 7 aziende delle 12 che hanno fornito l'informazione all'unità di gestione del rischio, in 5 all'unità di gestione della qualità (e del rischio) e in una realtà alla Direzione Medica;

<sup>4</sup> Per il processo che ha portato all'identificazione delle aree di rischio cfr. nota 2.

- ▶ l'area di «*rischio infezioni ospedaliere*», attribuita in 4 aziende delle 9 che hanno fornito l'informazione al CIO;
- ▶ l'area «*materiali pericolosi*» (intesa come movimentazione, stoccaggio, utilizzo e controllo di materiali radioattivi e altri materiali pericolosi nonché smaltimento in condizioni di sicurezza), attribuita in 5 aziende delle 10 che hanno fornito l'informazione al Servizio Prevenzione e Protezione;
- ▶ l'area «*apparecchiature elettromedicali*» (selezione, mantenimento in efficienza e modalità di utilizzo), attribuita in 10 aziende delle 11 che hanno fornito l'informazione all'ingegneria clinica;
- ▶ l'area «*controllo sicurezza strutturale e degli impianti fissi*» (intesa come controllo dell'edificio, delle aree adiacenti la struttura, delle attrezzature e impianti perché questi non rappresentino rischi o pericoli per pazienti, operatori o visitatori), attribuita in 7 aziende delle 10 che hanno fornito l'informazione al Dipartimento / Ufficio Tecnico;
- ▶ l'area «*protezione antincendio*» (che verifica se immobili e occupanti sono protetti da fumo e fiamme), attribuita in 6 aziende delle 10 che hanno fornito l'informazione al Servizio Prevenzione e Protezione;
- ▶ l'area «*vigilanza*» (intesa come tutela contro danni, distruzione, manomissione e accesso o uso non autorizzati), attribuita in 2 delle 7 aziende che hanno fornito l'informazione al Servizio Tecnico.

Un discorso a parte riguarda il presidio dell'area di rischio economico finanziario (relativo al controllo della spesa e a operazioni di project finance): infatti solo 6 aziende affermano di presidiare l'area ed in particolare l'azienda emiliana, che ne attribuisce la gestione al Servizio Bilancio e Finanza, una azienda del Friuli Venezia Giulia (B), che non ne indica l'attribuzione, l'azienda ligure, che ne attribuisce la gestione all'Unità di gestione del rischio, due aziende lombarde (H, I), che ne attribuiscono la gestione alla SC Risorse Finanziari e alla Direzione Amministrativa, una azienda Piemontese (L), che ne attribuisce la gestione alla SC Patrimonio.

Scopo di questa rilevazione era individuare: (i) l'eventuale omogeneità di assegnazione della responsabilità su specifiche aree di rischio a determinate funzioni aziendali; (ii) il grado di parcellizzazione o concentrazione a livello di ciascuna azienda delle responsabilità sui diversi rischi.

Per quanto riguarda il primo aspetto, pur scontando il campione limitato e il fatto che nelle varie aziende possano essere indicati con denominazioni differenti strutture sostanzialmente simili, sembra di poter rilevare un'ampia variabilità nell'attribuzione della responsabilità di governo di ciascuna area di rischio tra le aziende (per una visione sintetica delle funzioni aziendali che presidiano le diverse aree di rischio nella prevalenza del campione esaminato cfr. Tabella 14.2).

Per quanto riguarda il grado di parcellizzazione o concentrazione a livello di

Tabella 14.2 **Area di rischio presidiata/Funzione prevalente di governo**

	CIO	Dipartimento/ Ufficio Tecnico	Ingegneria Clinica	Unità di gestione del rischio	SPP
Rischio clinico				✓	
Prevenzione e controllo infezioni ospedaliere	✓				
Materiali pericolosi					✓
Apparecchiature elettromedicali			✓		
Controllo sicurezza strutturale e degli impianti fissi		✓			
Protezione antincendio					✓
Vigilanza		✓			

Legenda: CIO – Comitato di controllo delle infezioni ospedaliere, SPP – Servizio Prevenzione e Protezione

ciascuna realtà indagata delle responsabilità sui diversi rischi, non sembra emergere una funzione aziendale che governi i rischi a 360°, evidenziandosi invece la più ampia distribuzione delle funzioni di governo tra i diversi ambiti «sanitari» e «tecnici». Tale affermazione è avvalorata anche dal fatto che, pur in assenza di una responsabilità formalizzata sulle diverse aree di rischio individuate, i Direttori Sanitari abbiano indicato quali referenti che ne avessero la visione d'insieme più ampia a livello aziendale: in 5 casi il Risk Manager, in 4 casi il Quality (e Risk) Manager, in 2 casi il Direttore Medico di Presidio, in un caso il responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e il medico del lavoro del Servizio Medico Competente. Sembra quindi di poter dedurre che sia ancora in fase di interpretazione ed elaborazione l'ampiezza e il contenuto delle responsabilità e delle competenze di tale funzione e dunque sia ancora in fase di costruzione e di sviluppo il profilo di riferimento per governare tale funzione.

Al fine di indagare le responsabilità effettive e il campo d'azione delle funzioni individuate dalle direzioni sanitarie quali possibili referenti aziendali per la gestione del rischio e della sicurezza, è stato richiesto al referente di segnalare eventuali obiettivi di budget e risorse umane dedicate.

In solo 6 delle aziende esaminate vengono formalizzati obiettivi di budget specifici all'unità organizzativa che gestisce il rischio e la sicurezza, tipicamente declinazione degli obiettivi correlati a questo tema dati dalla Regione al Direttore Generale. In generale, nell'intero campione analizzato, le linee di attività e i processi rilevanti per le politiche aziendali segnalati riguardano: lo sviluppo di programmi e piani di formazione e di informazione per il personale sulla rilevanza del fenomeno; l'introduzione di strumenti specifici di assessment del profilo di rischio (tra cui, a titolo di esempio, l'introduzione di sistemi di monitoraggio degli eventi avversi, il coordinamento e il controllo di indicatori di rischio clinico); l'implementazione di interventi mirati alla prevenzione e riduzione del rischio (tra

cui, a titolo di esempio, l'introduzione di check list di sala operatoria, di audit della documentazione clinica, di procedure di gestione del consenso informato); la gestione degli eventi avversi e del contenzioso.

Per quanto riguarda le risorse umane eventualmente assegnate al referente aziendale per la gestione del rischio e della sicurezza, emerge come in solo 5 aziende siano presenti risorse dedicate a tempo pieno (minimo 5 persone, massimo 15 persone). Nelle aziende dell'Emilia Romagna, Liguria, Piemonte e Veneto, la funzione di gestione del rischio e della sicurezza si avvale della rete a livello di dipartimento e/o unità organizzativa dei referenti interni della qualità e accreditamento. Nelle aziende dell'Emilia Romagna, Veneto e Lombardia si avvale inoltre dell'aiuto multidisciplinare di un pool di referenti aziendali (Affari Generali, CIO, Direzione Amministrativa, Direzione delle professioni sanitarie, Direzione Medica di Presidio, Farmacia, Formazione, Ingegneria Clinica, SPP, Gestione Tecnico Patrimoniale, URP).

#### **14.4 Analisi delle competenze ad oggi presenti/dominanti nei team aziendali di gestione del rischio e della sicurezza**

Per quanto attiene all'analisi della formazione e del profilo e dunque delle conoscenze e delle competenze ad oggi presenti e/o dominanti nei team aziendali di gestione del rischio e della sicurezza, l'indagine ha rivelato come l'area venga presidiata da profili differenti a seconda della struttura, con conoscenze e competenze diversificate, in alcuni casi trasversali, in altri prettamente tecniche.

In particolare, per quanto attiene il titolo di studio dei referenti aziendali della gestione del rischio e della sicurezza delle 11 aziende che hanno risposto, 8 sono laureati in Medicina e Chirurgia (specialità prevalenti Medicina Legale, Igiene e Medicina Preventiva), uno è laureato in Biologia, uno è infermiere laureato in Scienze dell'amministrazione (laurea triennale) e uno ha una maturità professionale (Tecnico Industria Elettrica ed Elettronica). Il profilo dominante è dunque quello sanitario (in 10 casi su 11), solo un referente ha un profilo tecnico e non sono presenti nel campione profili di tipo economico gestionale.

Per quanto riguarda il percorso di crescita professionale e gestionale effettuato prima di giungere alla posizione attualmente ricoperta, tutti i sanitari tranne uno («medico competente») hanno iniziato la loro esperienza lavorativa in «corsia» per poi assumere incarichi di natura clinico-gestionale (referente di unità organizzativa, dipartimento, presidio). Sia il medico competente che il tecnico hanno invece iniziato la loro attività in altri settori industriali, per poi approdare al settore sanitario.

Per quanto attiene invece al *Continuous Professional Development*, 9 referenti su 11 hanno partecipato ad uno o più corsi brevi sul tema della gestione del rischio e della sicurezza sia su base volontaria sia promossi dalla regione



Tabella 14.3 **Fabbisogni formativi**

Azienda	Rischio Clinico	Rischio Finanziario	Gestione rapporto assicurazione	Rischi legati all'uso della tecnologia	Responsabilità professionale e aziendale	Tecniche di assessment del rischio	Sistemi di gestione della salute e delle sicurezza
A					✓		
B					✓		
D	✓						
E		✓		✓	✓		
F				✓			
G				✓	✓		✓
H				✓	✓		
I							
L			✓	✓	✓		
M	✓		✓		✓	✓	
O				✓			

(Emilia Romagna e Lombardia), mentre 4 referenti su 11 hanno partecipato ad un master considerato qualificante rispetto all'attuale job description. Nonostante il cospicuo impegno già profuso per aumentare le conoscenze legate all'ambito di responsabilità, ben 10 referenti su 11 dichiarano di avere ulteriori fabbisogni formativi da colmare, in particolare afferenti alle aree tematiche dei rischi legati all'uso della tecnologia e della responsabilità professionale e aziendale (cfr. Tabella 14.3).

Infine, sebbene nessuno dei referenti abbia conseguito una certificazione professionale, 3 referenti su 11 hanno conseguito le qualifiche di Valutatore di Sistemi Qualità, Auditor del sistema di gestione BS OHSAS 18001, Auditor interno ed esterno secondo le norme ISO.

#### 14.5 **Hospital Risk Manager / Safety Manager: quale offerta formativa a livello nazionale ed internazionale**

A partire dal fabbisogno di formazione a supporto dell'acquisizione e sviluppo di conoscenze e capacità specifiche e distintive per gestire efficacemente la funzione di Hospital Risk/ Safety Manager, emerso dall'analisi, si è svolta una mappatura dell'offerta formativa.

Infatti, per temi innovativi come quello della gestione del rischio o, più global-

mente, della sicurezza del paziente, la crescita parallela di una domanda, molto spesso inespressa, e di un'offerta, che via via si allinea in modo dinamico alle richieste emergenti, può contribuire a chiarire i termini della problematica.

Dal punto di vista metodologico si sono verificate l'esistenza e le caratteristiche dell'offerta formativa sul tema della gestione del rischio, con varie parole chiave: *hospital risk management*, *clinical risk management*, *patient safety*. La ricognizione ha riguardato sia l'Italia, sia l'Europa ed il Nord America. Mentre per l'Italia la conoscenza diretta degli autori si è dimostrata un valido criterio di individuazione delle istituzioni e dei programmi formativi, per l'indagine al di fuori dell'Italia si è adottato come criterio di pre-selezione dell'ambito di indagine la partecipazione di scuole/ centri di ricerca e formazione/ istituzioni ad un network ben consolidato e caratterizzato per il suo focus sul management delle organizzazioni sanitarie, cioè l'EHMA, l'*European Helthcare Management Association*, di cui anche il CERGAS Bocconi fa parte.

Della totalità delle 230 istituzioni associate ad EHMA sono state analizzate 179 realtà, cioè la totalità delle scuole aderenti afferenti ai seguenti paesi: Austria, Belgio, Canada, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Norvegia, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia, Stati Uniti, Svizzera. La mappatura delle 179 scuole è avvenuta ricercando nel programma di attività delle istituzioni l'offerta di percorsi formativi legati alla gestione del rischio clinico (il risultato di questa prima selezione è riportato in Tabella 14.4).

Le evidenze che emergono ad una lettura di primo livello riguardano l'esistenza di un maggior numero di iniziative di formazione in paesi come la Gran Bretagna, dove l'attenzione a questa tematica si è sviluppata da tempo e dove, anche a livello di Servizio Sanitario Nazionale, sono state diffuse metodologie (quali ad esempio le linee guida australiane «Guidelines for managing risk in healthcare HB 228:2001», rese disponibili on line ai dipendenti dei trust) e promossi interventi a livello territoriale attraverso sistemi e criteri di *clinical governance*. In questo caso anche il ventaglio di iniziative di formazione è articolato in programmi di diversa natura ed estensione, in quanto propone sia corsi di laurea, sia corsi brevi classificabili come *executive education* o *life long learning*. Questa ultima tipologia sembra comunque, sulla base delle informazioni raccolte, la più diffusa tra quelle individuate (4 corsi di laurea, 3 master di I livello, 17 iniziative definibili come *executive education*). Benché il livello dell'indagine non abbia consentito un'approfondita analisi e comparazione dei contenuti e dell'estensione di tali iniziative, si ritiene un'approssimazione accettabile considerarle come corsi brevi destinati a persone già inserite in ambito lavorativo, corsi che si inseriscono in un percorso di formazione professionale continua. È quindi ragionevole pensare che il primo livello di offerta in un ambito emergente di domanda di competenze sia appunto destinato a manager o *professional*, il che può anche permettere a chi progetta la formazione di meglio tarare un'eventuale estensione a programmi più lunghi, impegnativi ed eventualmente

Tabella 14.4 **Percorsi formativi – Enti aderenti ad EHMA**

Paese	Ente	Corso di Laurea	Master (solo I livello)	Executive Education
Danimarca	Danish Nurses Organization			✓
Francia	SOFGRES			✓
Francia	IFROSS		✓	
Irlanda	ISQSH			✓
Irlanda	IHRMA			✓
Irlanda	Institute of Public Administration			✓
Irlanda	Royal College of Surgeons in Ireland			✓
Italia	SDABocconi dell'Università Bocconi di Milano			✓
Italia	Centre for Training and Research in Public Health (CEFPAS)			✓
Italia	Università Cattaneo LIUC – C.R.E.M.S.		✓	
Olanda	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM			✓
Regno Unito	Department of Health Social Services and Public Safety, Northern Ireland			✓
Regno Unito	Guy's & St. Thomas' NHS Hospital Trust			✓
Regno Unito	King's College London			✓
Regno Unito	NHS Confederation			✓
Regno Unito	School of Health, Community and Education Studies			✓
Regno Unito	Royal College of Nursing of the United Kingdom			✓
Regno Unito	The Health Foundation			✓
Regno Unito	University of Glamorgan	✓		
Regno Unito	University of Surrey	✓		✓
Regno Unito	Middlesex University	✓		
Stati Uniti	Rollins School of Public Health	✓		
Svizzera	Net-MEGS – Università della Svizzera Italiana		✓	

destinati a professionalità da costruire per un inserimento successivo in ruoli già prefigurati nelle organizzazioni sanitarie.

Una focalizzazione dell'indagine alla realtà italiana, allargata anche alle organizzazioni non aderenti ad EHMA, è riportata in Tabella 14.5. Le istituzioni e le iniziative rilevate si aggiungono a quelle italiane già individuate nella tabella precedente per mostrare un panorama seppur non ricchissimo, comunque arti-

Tabella 14.5 **Percorsi formativi in Italia – Enti non aderenti ad EHMA**

Regione	Ente	Corso di alta formazione	Master (solo I livello)	Executive Education
Lombardia	CINEAS			✓
Toscana	Università di Siena	✓		✓
Toscana	Centro per la gestione del rischio clinico			✓
Toscana	Scuola superiore Sant'Anna (Pi)	✓		✓
Lazio	Università degli Studi di Roma Tor Vergata		✓	
Veneto	Università degli Studi di Verona	✓		

colato sia per diffusione geografica sia per tipologia e struttura di percorsi formativi e di istituzioni offerenti. Sono particolarmente attive università o scuole legate ad università (due in Lombardia, due in Toscana, una in Veneto, una in Lazio, una in Sicilia, più due centri dedicati in Toscana ed in Lombardia). In totale l'offerta di percorsi formativi è quindi di due master di I livello, tre corsi che si autodefiniscono «di alta formazione», sei iniziative di *Executive Education*. Ogni ente offre una sola iniziativa. Ciò, insieme ai dati della ricognizione europea che vede una situazione analoga, potrebbe essere indicatore di una domanda di mercato ancora non ben sviluppata ed identificabile. Per quanto riguarda l'Italia, si può notare la presenza di un'offerta formativa sui temi della gestione del rischio proprio in quelle regioni in cui le ricognizioni precedenti già citate di OASI (Brusoni e Deriu 2005, Brusoni et al 2006, Brusoni e Prenestini 2007) evidenziavano una maggiore attività sui temi dell'accreditamento e del *risk management* a livello di Servizio Sanitario Regionale.

Accanto ad iniziative chiaramente identificabili, in quanto specificamente rivolte all'*hospital risk manager*, si stanno sviluppando, all'interno di programmi Master dedicati alle professioni sanitarie, moduli dedicati alla gestione del rischio. Ciò potrebbe testimoniare una crescente necessità di aggiungere a temi più usuali del management delle aziende sanitarie, quali la gestione del personale, i sistemi di programmazione e controllo, anche temi di cui si sta rilevando l'importanza di una conoscenza di base e trasversale per tutti, come appunto quello della sicurezza. Tra gli altri, si citano: il Master Universitario di II livello in Ingegneria Clinica dell'Università di Bologna, il Master in Management delle organizzazioni sanitarie dell'Università Telematica «Guglielmo Marconi», il Master di I livello in Infermeria ed Ostetricia Legale forense dell'Università degli Studi di Milano, non tralasciando i Master della SDA Bocconi (MIMS e MIMHEP) che nell'ambito di un programma a 360° per manager della sanità includono corsi *elective* dedicati al *Risk Management e Patient safety*.

## 14.6 Conclusioni

Ripercorrendo le evidenze emerse dall'indagine, l'attribuzione della responsabilità di gestione del rischio nelle aziende ospedaliere sembra più guidata dalla ricerca di una precisa connotazione professionale già esistente, che non dall'individuazione di un profilo professionale nuovo e di un percorso di sviluppo professionale *ad hoc*. Un'evidenza di tale orientamento si può riscontrare nei casi in cui la presenza di un oggetto preciso da presidiare in termini di prevenzione del rischio (si vedano ad esempio le attribuzioni di responsabilità dell'area di rischio collegata alle apparecchiature elettromedicali, che trovano nell'ingegnere clinico un ideale referente) risolve senza incertezze l'attribuzione di responsabilità organizzative, mentre una maggiore indeterminatezza di perimetro nella definizione del contenuto da presidiare (una generica area di rischio clinico) non trova un corrispondente profilo manageriale a cui allinearsi.

Alla domanda rivolta ai direttori sanitari su chi, a loro parere, fosse la persona nell'azienda con la visione d'insieme più completa delle problematiche del rischio, le risposte confermano una variabilità di situazioni che riesce difficile ricondurre a un comun denominatore legato ad una funzione organizzativa. Sembra invece di poter riconoscere come fattore comune l'esperienza acquisita sul campo e nel tempo nell'azienda dalle persone indicate come punti di riferimento. Sono allora le conoscenze e le competenze derivanti da un confronto continuo e quotidiano con i problemi e le loro eventuali soluzioni, che, a parere degli stessi direttori sanitari, sembrano oggi formare sul campo chi ha una visione d'insieme più organica delle aree di rischio nelle aziende sanitarie.

Questa partenza «dal basso» è certo fondamentale se riuscirà a collegarsi con la costruzione di capacità di sistematizzazione, generalizzazione dei problemi e delle soluzioni, per passare da una conoscenza individuale ad una conoscenza organizzativa, ma soprattutto se la rilevanza del tema troverà adeguata rappresentazione in sede decisionale e strategica. Per ottenere ciò serve anche una visibilità organizzativa adeguata del ruolo del *risk manager* ed una formazione che consenta di individuare in modo definito una nuova professionalità, identificabile con un percorso professionale *ad hoc*.

Senza voler affrontare ora la tematica dello sviluppo continuo delle competenze e della certificazione professionale in campo sanitario, si ritiene utile sottolineare come la progettazione di soluzioni organizzative e di nuove funzioni non possa da sola introdurre e sostenere lo sviluppo di soluzioni di gestione del rischio ospedaliero.

Una prima conclusione che sembra emergere da tutte le esperienze considerate è che a motivo dello sviluppo e complessità crescenti insite nell'erogazione di un adeguato livello di assistenza sanitaria, il ruolo del professionista sanitario, medico, infermiere o tecnico, è chiamato a crescenti responsabilità, definite da ruolo e posizione, ma soprattutto nei confronti del team di lavoro. Il contenuto

delle conoscenze, accumulate nel percorso formativo di base, dovrà essere sviluppato lungo due dimensioni concorrenti:

- ▶ l'una di aggiornamento continuo delle conoscenze, reso necessario dall'evoluzione scientifica e professionale della scienza medica ed infermieristica;
- ▶ l'altra di acquisizione e mantenimento della capacità di metterle in pratica in contesti a crescente complessità, dinamicità e dimensione, in cui non solo la realizzazione concreta di una prestazione, ma il suo collegamento con altre prestazioni e le interfacce con le diverse fasi del processo, l'appartenenza ad un sistema di unità organizzative e di responsabilità, diventano cruciali.

Questi aspetti diventano particolarmente delicati quando si parla di *patient safety* e gestione del rischio, proprio per la rilevanza che nella gestione di processi complessi ha il coordinamento tra le persone, le attività che svolgono, sia di assistenza diretta che di supporto organizzativo. In altre parole, una conoscenza di base per tutti, oltre a professionisti dedicati alla gestione della sicurezza e del rischio, sta diventando essenziale. Al contempo una professionalità trasversale come quella del *risk manager* deve fondarsi su un percorso formativo che non sviluppi solo le sue conoscenze tecniche, ma anche la capacità di attuare e sostenere le metodologie e le soluzioni organizzative individuate ed introdotte.

### Allegato 1 – Aziende sanitarie contattate

Regione	Azienda	Città
Emilia Romagna	Policlinico S. Orsola – Malpighi	Bologna
Emilia Romagna	AO Universitaria Arcispedale S. Anna	Ferrara
Emilia Romagna	Policlinico di Modena	Modena
Emilia Romagna	AO di Parma	Parma
Emilia Romagna	Arcispedale S. Maria Nuova	Reggio Emilia
Friuli Venezia Giulia	AO Santa Maria degli Angeli	Pordenone
Friuli Venezia Giulia	AO Universitaria Ospedali Riuniti	Trieste
Friuli Venezia Giulia	AO Santa Maria della Misericordia	Udine
Liguria	AO Villa Scassi	Genova
Liguria	AO Universitaria S. Martino	Genova
Liguria	Ospedale Santa Corona	Pietra Ligure
Lombardia	Ospedali riuniti di Bergamo	Bergamo
Lombardia	AO Bolognini	Seriate
Lombardia	Ospedale Treviglio Caravaggio	Caravaggio
Lombardia	Spedali Civili di Brescia	Brescia
Lombardia	AO M. Mellini	Chiari (BS)

**Allegato 1 – (segue)**

Regione	Azienda	Città
Lombardia	AO di Desenzano del Garda	Desenzano del Garda
Lombardia	AO Sant'Anna di Como	Como
Lombardia	Ospedale Maggiore	Crema
Lombardia	AO Istituti Ospitalieri	Cremona
Lombardia	Ospedale di Lecco	Lecco
Lombardia	Ospedale Civile di Legnano	Legnano
Lombardia	AO della Provincia di Lodi	Lodi
Lombardia	AO Carlo Poma	Mantova
Lombardia	AO G. Salvini	Garbagnate
Lombardia	AO Ospedale Luigi Sacco	Milano
Lombardia	AO Ospedale Niguarda Ca' Granda	Milano
Lombardia	Istituti Clinici di Perfezionamento	Milano
Lombardia	AO Fatebenefratelli e Oftalmico	Milano
Lombardia	AO San Paolo	Milano
Lombardia	Istituto Ortopedico Gaetano Pini	Milano
Lombardia	AO San Carlo Borromeo	Milano
Lombardia	AO San Gerardo dei Tintori	Monza
Lombardia	Ospedale Civile di Vimercate	Vimercate
Lombardia	Ospedale di Circolo di Melegnano (Zizzolo Predabissi)	Melegnano
Lombardia	AO della Provincia di Pavia	Pavia
Lombardia	AO Valtellina e Valchiavenna	Sondrio
Lombardia	Ospedale di Circolo di Busto Arsizio	Busto Arsizio
Lombardia	AO S. Antonio Abate	Gallarate
Lombardia	Ospedale di Circolo Fondazione Macchi	Varese
Piemonte	AO Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo	Alessandria
Piemonte	AO S. Croce e Carle	Cuneo
Piemonte	Ospedale Maggiore della Carità	Novara
Piemonte	AO Molinette – S. Giovanni Battista	Torino
Piemonte	AO C.T.O. – C.R.F. Maria Adelaide	Torino
Piemonte	AO O.I.R.M. – Sant'Anna	Torino
Piemonte	Azienda Sanitaria Ospedaliera S. Luigi	Orbassano (TO)
Toscana	AO Careggi	Firenze
Toscana	AO Meyer	Firenze
Toscana	AO Pisana	Pisa
Toscana	AO Universitaria Senese	Siena
Veneto	AO di Padova	Padova
Veneto	AO di Verona	Verona
Provincia Autonoma di Trento	Presidio Ospedaliero Santa Chiara	Trento

436 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008

## Allegato 2 – Questionario Direttore Sanitario

### Questionario rischio e sicurezza

---

 Compilato da: .....

Nome azienda: .....

Indicare il numero dei posti letto accreditati: .....

 Regione d'appartenenza: .....
 

---

1. La gestione del rischio e sicurezza è una priorità inserita nel piano strategico aziendale?

 Sì  No 


---

2. La gestione del rischio e sicurezza è inserita tra gli obiettivi della direzione generale?

 Sì  No 


---

3. La partecipazione ai sistemi di accreditamento istituzionale è sinergica alla gestione del rischio e sicurezza?

 Sì  No 


---

4. L'azienda partecipa a qualche programma di accreditamento all'eccellenza?

 Sì  No  ①① Se sì, quale e da quanti anni?
 

---

 5. L'azienda per le scelte di gestione del rischio si avvale del supporto di un *broker* assicurativo o di un consulente esterno?

 Sì  No 


---

 6. In azienda è presidiata l'area di "rischio economico finanziario" (controllo della spesa, operazioni di *project finance*)?

 Sì  No 

 Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)
 

---

7. In azienda è presidiata l'area "rischio clinico" per migliorare la sicurezza dei pazienti durante l'assistenza sanitaria?

 Sì  No 

 Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)
 

---

8. In azienda è presidiata l'area "prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere"?

 Sì  No 

 Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)
 

---



9. In azienda è presidiata l'area "**materiali pericolosi**" (intesa come movimentazione, stoccaggio, utilizzo e controllo di materiali radioattivi e altri materiali pericolosi nonché smaltimento in condizioni di sicurezza)?

Si  No

Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)

---

10. In azienda è presidiata l'area "**apparecchiatura medicali**" (selezionate, mantenute in efficienza e utilizzate in maniera da ridurre i rischi)?

Si  No

Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)

---

11. In azienda è presidiata l'area "**controllo sicurezza strutturale e degli impianti fissi**" (intesa come controllo dell'edificio, delle aree adiacenti la struttura, delle attrezzature e impianti) perché questi non rappresentino rischi o pericoli per pazienti, operatori o visitatori?

Si  No

Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)

---

12. In azienda è presidiata l'area "**protezione antincendio**" che verifica se immobili e occupanti sono protetti da fumo e fiamme?

Si  No

Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)

---

13. In azienda è presidiata l'area "**vigilanza**" (intesa come tutela contro danni, distruzione, manomissione e accesso o uso non autorizzati)?

Si  No

Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)

---

14. Di tutte le aree individuate, quale area è considerata **prioritaria per lo sviluppo della strategie** aziendali?
- 

Per analizzare nello specifico la funzione di **gestione del rischio e della sicurezza**, vorremmo intervistare chi, a suo giudizio, ha la visione d'insieme su queste aree di rischio. Le chiediamo cortesemente di **comunicarci nome e riferimenti** della persona da lei individuata.

Nome: .....

Cognome: .....

Qualifica: .....

Recapito telefonico: .....

Indirizzo e-mail: .....

---

438 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008

### **Allegato 3 – Questionario referente aziendale gestione del rischio e della sicurezza**

#### **Questionario rischio e sicurezza**

---

 Compilato da: .....

Qualifica: .....

Nome azienda: .....

Regione d'appartenenza: .....

 Recapito telefonico: .....
 

---

#### **TITOLO DI STUDIO:**

 Diploma di scuola media superiore (specificare): .....

 Laurea (specificare il corso di laurea): .....

 Master universitario di I o II livello- (specificare): .....

#### **FORMAZIONE E PROFILO**

1. Quale è il suo profilo professionale?

 a.  Clinico (specificare): .....

 b.  Amministrativo (specificare): .....

 c.  Tecnico (specificare): .....

 d.  Altro (specificare): .....
 

---

 2. Qual è stato il suo percorso professionale prima di giungere alla sua attuale posizione?
 

---

3. Ha frequentato corsi specifici relativi alla gestione del rischio?

 Sì  No 

Se sì, quali?

 a.  Specialità universitaria (specificare quale): .....

 b.  Master universitario di 1° livello (specificare quale): .....

 c.  Master universitario di 2° livello (specificare quale): .....

 d.  Corso/i brevi, ex diplomi di laurea (specificare quale): .....
 

---

4. Ritiene di dover colmare qualche fabbisogno formativo per rispondere alla sua job description?

Si  No

Se sì, quale/i?

- a.  Rischio clinico  
 b.  Rischio finanziario  
 c.  Gestione rapporto con assicurazione/broker e variabili di definizione della polizza  
 d.  Analisi dei rischi legati all'uso della tecnologia  
 e.  Tema della responsabilità professionale e aziendale  
 f.  Altro (specificare)

5. È in possesso di qualche certificazione professionale o attestato conferito, ad esempio, da società scientifiche, ordini professionali, associazioni di categoria?

Si  No  ① ① Se sì, quale?

#### RESPONSABILITÀ A LIVELLO AZIENDALE

6. Come si chiama l'unità organizzativa in cui si trova e dove è collocata gerarchicamente?

7. la sua unità organizzativa ha un budget?

Si  No  ① ① Se sì, quali sono i suoi obiettivi di budget per il 2007/2008?

8. Potrebbe descrivere quali responsabilità o attività deve garantire all'azienda nello svolgimento del suo ruolo, eventualmente con riferimento alla sua job description?

9. Quali sono le principali linee di attività o i processi più rilevanti per le politiche aziendali in cui il suo ruoli e direttamente coinvolto (max tre)?

10. Su quante e quali persone può contare nello svolgimento della sua attività?

a.  Personale **dedicato A TEMPO PIENO:**

numero: .....

profilo o qualifica: .....

b.  Personale **dedicato A TEMPO PARZIALE:**

numero: .....

Profilo o qualifica: .....

c.  Rete di **referenti interni** all'azienda (indicare in quali unità operative, dipartimenti, funzioni aziendali sono collocati):

## Bibliografia

- AA.VV (2001) Guidelines for managing risk in healthcare sector, Standards Australia International HB 228 (ISBN: 0-7337-3419-7)
- AA.VV (2007) Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Third Edition, Joint Commission International (ISBN: 978-1-59940-141-6)
- Brusoni M., Cosmi L., Trincherò E. (2006) «Prospettive regionali per la gestione del rischio clinico: una prima indagine esplorativa», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.
- Brusoni M., Deriu P.L. (2005) «Sistemi e interventi per l'accreditamento delle aziende sanitarie in Italia: un panorama ridondante?» in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Brusoni M., Montefusco A., Panzeri C., Trincherò E. (2007) «Organizzazione ad alta affidabilità e aziende sanitarie» Rapporto di ricerca SDABocconi.
- Brusoni M., Panzeri C., Trincherò E. (2007) «Validazione di uno strumento di assessment della safety culture: sperimentazione del questionario «hospital survey on patient safety culture» in alcune aziende ospedaliere lombarde» Rapporto di ricerca SDABocconi.
- Brusoni M., Prenestini A. (2007) «Accreditamento istituzionale e miglioramento della qualità: molti approcci per un obiettivo comune» in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2002) L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del SSN: il senso di una ricerca, *Mecosan*, n.43.
- Del Vecchio M., Cosmi L. (2003) *Il risk management nelle aziende sanitarie*, McGraw Hill.